

病いの語りにみるがん体験後のポジティブな変化の契機

著者	佃 志津子, 大川 一郎
雑誌名	筑波大学心理学研究
号	51
ページ	83-95
発行年	2016-03-24
その他のタイトル	The Occasion of Positive Changes after Cancer Experience as Observed in Illness Narratives
URL	http://hdl.handle.net/2241/00138490

病いの語りにみるがん体験後のポジティブな変化の契機

筑波大学大学院人間総合科学研究科 佃 志津子

筑波大学人間系 大川 一郎

The Occasion of Positive Changes after Cancer Experience as Observed in Illness Narratives

Shizuko Tsukuda (*Graduate School of Comprehensive Human Sciences, University of Tsukuba, Otsuka, Bunkyo 112-0012, Japan*)

Ichiro Okawa (*Faculty of Human Sciences, University of Tsukuba, Tsukuba 305-8572, Japan*)

The purpose of this study is to reveal a conceptual structure that represents the many aspects of the occasion of positive changes after cancer experience as observed in illness narratives. In Study 1, 174 data items were extracted from seven illness records of cancer that included interviews of multiple cancer survivors (20 males, 23 females) and were analyzed inductively. From the analysis, 19 concepts of the occasion of positive changes after cancer experience emerged. In Study 2, 145 items of data were extracted from illness narrative of interviews of cancer survivors (8 females). The data items were analyzed inductively and examined with the results of Study 1. From the analysis, 21 concepts and 8 categories emerged and were integrated into three large categories (events, internal experiences, external circumstances). Previous research reported "posttraumatic growth" and "stress related growth" were related with "distress", "coping", and "relation with others". The results of this study suggested a variety of factors and additional relations with the positive changes after cancer experience in addition to that.

Key words: cancer, illness narratives, positive change, posttraumatic growth

I. 問題の背景と研究の目的

日本では、現在、年間約85万人が新たにがんと診断されている (Matsuda, Matsuda, Shibata, Katanoda, Sobue, Nishimoto, & The Japan Cancer Surveillance Research Group, 2013)。多くの場合、がんは、様々な苦悩を伴う体験となる。それは、手術や化学療法、放射線治療などの過酷さを伴う治療や、疼痛、身体像の変化といった身体的な苦痛のほか、再発や転移の不安、自信の喪失、将来の不安、社会的役割の変化や喪失、経済的負担の増大など、心理的・社会的な危機が重複する体験といえる。治療技術が進歩した現在においても、がんはなお死を意識させる病いであり、実存的な危機や、個人を支えてきた世界観の揺らぎを招く体験ともなる。

しかし、このようながん体験の苦悩に対し、がんの闘病記やがん体験者の語りからは、「がんのおかげで人生が充実した」などのような、ポジティブな変化の表現が、がんの部位や再発・転移を問わず多く見受けられる。そして、それらの変化は、がんと診断された時点からその後の闘病生活における様々な出来事や体験を通して生じていることが、がん闘病記やがん体験者の語りから推察される。

本研究は、このような、がん体験後のポジティブな変化に焦点をあて、そこにどのような要因が関連するのかについて明らかにすることを目的とするものである。

人生に危機をもたらすような出来事・ストレスからのポジティブな変化や成長は、これまで、perceived benefits, benefit-finding (Antoni, Lehman,

Kilbourn, Boyers, Culver, Alferi, Yount, McGregor, Arena, Harris, Price, & Carver, 2001; Carver & Antoni, 2004; Collins, Taylor, & Skokan, 1990; Katz, Flasher, Cacciapaglia, & Nelson, 2001), stress-related growth (Park, Cohen, & Murch, 1996; Park & Fenster, 2004), posttraumatic growth (Tedeschi & Calhoun, 1995; 1996) などの表現が用いられ、研究が進められてきた。例えば、Collins et al. (1990) は、がん患者に認められた恩恵について、①日常行動の範囲 (domains of daily activities), ②未来の計画と目標 (future plans and goals), ③自己認識 (view of self), ④世界観 (view of the world), ⑤対人関係 (interpersonal relationships), の変化を挙げている。また、Schaefer & Moos (1992) は、人生の危機が及ぼすポジティブな影響と人間的成長について概念的枠組みを構築し、①社会的資源の増強 (enhanced social resources), ②個人的資源の強化 (enhanced personal resources), ③新たなコーピングスキルの獲得 (development of new coping skills), の3点を挙げている。Park et al. (1996) は、Stress-Related Growth Scale (SRGS) を開発し、強化された社会資源 (enhanced social resources), 強化された個人の資源 (enhanced personal resources), 新たなもしくは向上した対処技能 (new or improved coping skills) の3点を示している。そして、Tedeschi & Calhoun (1996) は、posttraumatic growth (外傷体験後成長, 以下 PTG) を、「非常に困難な生活環境に取り組む結果として経験される肯定的な心理的变化」と定義し、PTG の5因子として、①他者との関係性 (relating to others), ②新たな可能性 (new possibilities), ③人間的強さ (personal strength), ④精神的変容 (spiritual change), ⑤人生への感謝 (appreciation of life) を明らかにした。PTG の尺度 (The Posttraumatic Growth Inventory, 以下 PTGI) は、がんも含め、現在、様々な人生の危機を対象とした研究に用いられている。

現在までの SRG や PTG の先行研究から、楽観主義やソーシャルサポート、宗教、コーピング、認知プロセス、などとの関連が確認されている。Park et al. (1996) は、SRG と、楽観主義 (optimism), ポジティブ感情 (positive affectivity), ソーシャルサポートの満足 (satisfaction with social support), ソーシャルサポート源の多さ (number of social support sources) との相関を示した。そのほか、出来事のストレスの大きさが増すことは成長の報告を増やす (Park et al., 1996; Tedeschi & Calhoun, 1996) ことから、苦悩が不可欠とされている

(Tedeschi & Calhoun, 2004; Tedeschi, Calhoun, & Cann, 2007)。

がん体験者のポジティブな変化・成長に関する研究においても、ソーシャルサポート (Cordova, Cunningham, Carlson, & Andrykowski, 2001; Morris, Shakespeare-Finch, & Scott, 2007; Tedeschi & Calhoun, 2004), 宗教または信仰 (Park et al., 1996; Urcuyo et al., 2005) との関連が示されている。内的要因との関連は、認知プロセス (Tedeschi & Calhoun, 2004), コーピング (Morris et al., 2007; Tedeschi & Calhoun, 1995) が報告されている。認知的な適応という観点で、Taylor (1983) は、がん患者を対象とした面接調査をもとに、がんという脅威の体験後の認知的な適応に主要な3つの要素として、①意味の探求 (the search for meaning), ②統制感の獲得 (gaining a sense of mastery), ③自己強化のプロセス (the process of self-enhancement) と自尊感情の回復、を示した。そして、これらが人生観の変化や自己認識の変化、優先順位の変化などに繋がるとしている。

そのほか、Antonovsky (1987/2001) による健康生成論では、逆境下においても精神的健康を保持する力の概念として、「把握可能感」「処理可能感」「有意味感」から構成される、sense of coherence (首尾一貫感覚, 以下 SOC) が示され、がん患者を対象とした調査においても成長との関連が示唆されている (Aspinwall & Tedeschi, 2010)。

これらの先行研究を本研究の目的に沿って概観した時に、問題点が挙げられる。それは、先行研究により示されたポジティブな変化に関連する要因は、尺度を用いた量的研究により関連が示唆されたものであり、具体的にどのようなことが変化の契機となっているのかの詳細が明らかでないことである。

これらを明らかにするためには、量的な研究からだけではなく、がん体験者の語りという質的なデータに基づき、がん体験後のポジティブな変化と、変化の契機となる体験や出来事の両方の側面から分析することが必要となる。

このような問題意識のもと、佃・大川 (2013) は、第1段階として、がん体験後のポジティブな変化について質的な分析を行い、ポジティブな変化の多様性や概念の構造を明らかにした。具体的には、がんの部位や年齢、初発・再発など、様々な状態のがん体験者の語り収められたがんの闘病記7冊から抽出した43名分 (男性20名, 女性23名) の174データを用いた分析により、ポジティブな変化の概念化とカテゴリー化を行った。この結果、がん体験後のポジティブな変化は、19の概念 (①喜び・感動・安ら

ぎ、②勇気や力を得る、③希望や信念の発見、④周りの支えの実感と感謝、⑤自己認識の変化、⑥自分を受け容れる、⑦自分の努力や強さに対する評価、⑧自分の存在意義の探求、⑨死への心構え、⑩価値観の再構築、⑪生きる姿勢や考え方の変化、⑫がん体験のポジティブな側面への意味づけ、⑬人間の本質への気づき、⑭がんを治すための患者の姿勢、⑮病い（がん）の意味と価値への気づき、⑯周囲との関係の変化、⑰食生活の変化、⑱生活習慣の変化、⑲がん患者支援活動への志向や従事）が示された。これらは、8つのカテゴリー（1. 闘病の中で体験した心情、2. 闘病を支える感情、3. 自己認識の変化、4. 人生の充実に関する変化、5. 新たな境地、6. 周囲との関係の変化、7. 生活習慣の変化、8. がん患者支援活動）と、3つの大カテゴリー（Ⅰ. 感情レベルでの変化、Ⅱ. 認識レベルでの変化、Ⅲ. 外的・行動レベルでの変化）に統合された。

本稿は、第2段階として、これらのがん体験後のポジティブな変化が具体的にどのような契機により生じているかを明らかにすることを目的とする。

まず、研究1において、先述の佃・大川（2013）により闘病記から抽出された43名分174データのユニットを用いて、がん体験後のポジティブな変化の契機となる体験や出来事を抽出し、分析を行う。

次に、研究2で、実際のがん体験者への面接調査による語りの分析を行い、研究1で生成した概念とカテゴリーの検討を行い、面接調査における概念の出現状況の確認を行う。

Ⅱ. 研究

【研究1】 闘病記にみるがん体験後のポジティブな変化の契機

1. 目的

闘病記に基づく分析により、がん体験後のポジティブな変化の契機について多様な側面を捉える。

2. 方法

2.1. 対象

分析対象の闘病記は、がん体験後のポジティブな変化の契機を明らかにする目的から、先述のがん体験後のポジティブな変化の分析に用いた7冊とした。これらは、がんの告知が普及した1990年代以降に商業出版されたものの中から、①がんの部位や年齢、発症からの経過期間、初発・再発・転移など、様々な状態のがん体験者の語りが収められているもの、②がん体験者の詳細な心理描写が逐語の形式で

記述されているもの、③特定の治療方法を勧める目的で出版されたものでないこと、を条件として選定した。書名は、①柳原和子（2004）『がん患者学Ⅰ』中央公論新社、②柳原和子（2004）『がん患者学Ⅱ』中央公論新社、③柳原和子（2004）『がん患者学Ⅲ』中央公論新社、④朝日新聞医療グループ（編）（2007）『がん患者を生きた朝日新聞』朝日新聞社、⑤川竹文夫（1995）『幸せはがんがくれた一心が治した12人の記録』創元社、⑥中山武（2007）『ガン 絶望から復活した15人』草思社、⑦吉田健城・がんサポート編集部（2009）『ガンは患者に開け！』徳間書店、である。

闘病記は、個人の闘病過程における体験の捉え方や気づきなど、がんという病いの体験の多様性を知る上で貴重な資料である。しかし、闘病記を分析対象とすることには、出版の目的により、著者や編者の意図が影響することや物語化がなされるといったバイアスが含まれている可能性があること、医学的な情報が十分に把握できないこと、等の課題がある。このような闘病記の特徴と限界を踏まえ、本研究では、闘病記から多くのがん体験者の逐語を抽出することにより、「がんの体験」を共通基盤としたポジティブな変化が生じる契機について、どのように表現されているか、を捉えることに焦点をあてるものとした。

2.2. 分析方法

データは、佃・大川（2013）により抽出されたデータユニットをベースとして用いた。これは、がんの闘病記の中で、がん体験者の語りが逐語形式で記述された部分を対象として、「がん体験後に具体的にどのようなポジティブな変化がもたらされているか」をリサーチクエスチョンとして該当箇所を抽出し、ポジティブな変化1つを1ユニットとしたものである。本研究では、このデータユニットから、「何がポジティブな変化の契機となっているか」をリサーチクエスチョンとして、がん体験後のポジティブな変化の契機となる主な体験や出来事を抽出した。対象およびデータの一覧をTable 1に示す。データユニットの総数は174、対象者は43名（男性20名、女性23名）である。

分析方法は、文脈としてのまとまりを保ちつつ切片化したデータから概念の生成を志向し、帰納的な分析を行った。具体的には、抽出したデータにラベルをつけ、データとラベル、ラベルと初期概念の対比を繰り返したうえで、概念生成の段階に移行した。次に、概念の生成と並行して、概念間の類似性を考慮してカテゴリーへの統合を行った。分析には、3段階の過程を設定した。第1段階は、基礎データとして闘病記①～③の91データを用い、第2

Table 1
研究1 対象およびデーター一覧

闘病記 No.	対象者 No.	データ No.	性別	年齢	がんの部位	分析時のステップ
①	1a	1～3	女性	50代	卵管がん	第1段階 (91データ)
	2	4～10	女性	42歳	卵巣がん	
	3	11～15	男性	62歳	睾丸がん	
	4	16～20	男性	54歳	直腸がん	
	5	21～29	男性	66歳	胃がん	
	6	30～35	男性	49歳	直腸がん	
	7	36～38	男性	69歳	肺がん・甲状腺がん	
	8	39～40	女性	61歳	卵巣がん	
②	1b	41～52	女性	50代	卵管がん	第2段階 (45データ)
③	1c	53～60	女性	50代	卵管がん	
	9	61～67	男性	不明	S字結腸がん・肝臓転移	
	10	68～71	男性	30代	リンパ腫	
	11	72	女性	不明	乳がん・慢性リンパ球白血病・肝臓転移、ほか	
	12	73～86	女性	50代	乳がん	
	13	87～91	女性	30代	乳がん	
④	14	92～95	女性	78歳	乳がん	
	15	96	女性	56歳	胃がん	
	16	97～99	男性	66歳	肝臓がん	
	17	100～104	男性	64歳	肺がん	
	18	105～106	男性	30代	脳腫瘍	
	19	107	男性	61歳	腎臓ガン	
	20	108～110	男性	40代	胸腺腫瘍	
	21	111～116	男性	53歳	白血病	
	22	117	男性	不明	大腸がん	
	23	118～120	女性	58歳	直腸がん	
⑤	24	121～123	女性	49歳	子宮ガン	
	25	124～129	女性	不明	乳がん	
	26	130～131	女性	22歳	脳腫瘍	第3段階 (38データ)
	27	132～133	女性	61歳	子宮頸がん	
	28	134	女性	43歳	卵巣がん、ほか	
	29	135～136	女性	46歳	肝臓がん・甲状腺がん	
⑥	30	137～140	女性	48歳	乳がん	
	31	141～145	男性	60歳	胃がん	
	32	146～147	男性	63歳	下咽頭がん	
	33	148～152	女性	55歳	乳がん・胆管がん・膵臓がん	
	34	153～155	女性	40歳	乳がん	
	35	156～157	女性	24歳	卵巣がん	
⑦	36	158～159	男性	75歳	前立腺がん	
	37	160～162	男性	76歳	前立腺がん	
	38	163	女性	78歳	胃がん・大腸がん	
	39	164～165	女性	51歳	大腸がん	
	40	166	男性	60歳	肝臓がん	
	41	167～168	男性	81歳	大腸がん	
	42	169～172	男性	70歳	中咽頭がん	
	43	173～174	男性	75歳	有転移進行性胃がん	

年齢は、闘病記中に記載されていた情報であり、未記載のものは不明とした。
対象者 No. の1a, 1b, 1c は、同一人物である

段階は、闘病記④・⑤の45データ、第3段階は、闘病記⑥・⑦の38データを用い、新たな概念が生成されなくなるまで行った。

妥当性への配慮として、分析は、心理研究および質的研究の経験が豊富な協力者1名、心理系大学院の研究課程に在籍し、かつ、対人援助の実務経験が10年以上ある3名の研究協力者とともに実施した。

3. 結果

分析の結果、第1段階では14の概念（がん告知を受けたこと、治療過程での出来事、社会生活が変化したこと、闘病の過酷さに耐えたこと、がんの怖さを感じたこと、死の意識と生きることの切実さを実感したこと、“がん患者”になったこと、自分と向き合ったこと、病い（がん）の意味を探究したこと、がんを治す考え方を選んだこと、他の患者やその家族とのコミュニケーション、家族・友人・その他とのコミュニケーション、情報を得たこと、補完代替医療を実践したこと）が生成された。

次に、第2段階では、4つの概念（がんから生還・回復したこと、再発・転移の不安があること、自分に合った対処方法や治療法を選択したこと、信仰と出会ったこと）が生成された。

第3段階では、第2段階で生成された「再発・転移の不安があること」の概念に、再発や転移の可能性への不安と、事実としての再発・転移という二つの要素があることから、新たに「再発・転移したこと」を概念として生成した。その他、新たな概念は生成されなかったため、分析を終了した。この結果、がん体験後のポジティブな変化の契機は、19の概念となった。これらの概念は、分析の過程において、9つのカテゴリー（1. 告知を受けたこと、2. 治療過程での出来事、3. 社会生活が変化したこと、4. がんの怖さと生きることを意識したこと、5. 自分と向き合ったこと、6. 病い（がん）の意味を探究したこと、7. 対処方法を選択したこと、8. 他者とのコミュニケーション、9. 得た情報を活用したこと）に統合された後、3つの大カテゴリー【Ⅰ. 出来事】、【Ⅱ. 内的体験】、【Ⅲ. 外的事象】に統合された。

概念とカテゴリーの概要を以下に述べる。本文中、概念は〔 〕、カテゴリーは【 】で示した。

〔①がん告知を受けたこと〕の概念は、「告知」の言葉が明記され、かつ告知の事実や状況が、その後のポジティブな変化に繋がる出来事として記述されているデータから生成された。がんの告知は、それまでの生活や自己認識を揺るがす体験であり、がんという病いの体験の始まりとなる重要な出来事であ

ることから、【1. 告知を受けたこと】のカテゴリーが生成された。

〔②再発・転移したこと〕は、事実としての再発・転移を指す概念である。〔③治療過程での出来事〕は、告知後の手術や抗がん剤などの治療、治療に伴う身体像の変化、などの客観的事実を指す概念である。〔④がんから生還・回復したこと〕は、生還や回復の事実を指す概念であり、これらは、【2. 治療過程での出来事】のカテゴリーに統合された。

〔⑤社会生活が変化したこと〕は、休職や退職など、それまで社会生活で担ってきた役割の変更を、闘病により余儀なくされたことを指す概念であり、【3. 社会生活が変化したこと】のカテゴリーとした。

これらの【1. 告知を受けたこと】【2. 治療過程での出来事】【3. 社会生活が変化したこと】の3つのカテゴリーは、がんになったことに伴った客観的な出来事に関するカテゴリーであるため、【Ⅰ. 出来事】の大カテゴリーに統合された。

〔⑥闘病の過酷さに耐えたこと〕は、身体的・精神的にも苛酷な治療に耐えて闘病した時間や体験を指す。〔⑦がんの怖さを感じたこと〕の概念は、がんから引き起こされた恐怖や危機、不安や孤独、深い悲しみ、といった感情体験が挙げられたデータから生成された。〔⑧死の意識と生きることの切実さを実感したこと〕は、がんになったことで死を身近に感じ、切実に生きたいと思うこと、死を意識して生の価値を知る、という要素からなる概念である。〔⑨再発・転移の不安があること〕は、再発や転移の可能性への不安を指す概念である。これらの4つの概念は、【4. がんの怖さと生きることを意識したこと】のカテゴリーへ統合された。闘病過程の中で、過酷さや苦悩、恐怖や不安を感じながら、生きることを意識することを指すカテゴリーである。

〔⑩“がん患者”になったこと〕は、「がんになったこと」「がんを体験していること」「がんを生きること」などの表現による、がんの体験まるごとを示す概念である。がんになったことを受けとめ、「がん患者」というアイデンティティを獲得し、その悲しみや苦悩とともにがんに向き合ったことから生まれる語りであるとの解釈からこの概念名が生成された。〔⑪自分と向き合ったこと〕は、がんになった自分や人生を振り返ること、何が大事かを考える、など、自分の内側と向き合うことを指す概念である。この2つの概念は、がんになったことを受けとめ、自分の内面と向き合い、自分自身や生き方を深く考えることに関するカテゴリーであることから、【5. 自分と向き合ったこと】のカテゴリーに統合

された。

【12病い（がん）の意味を探索したこと】は、何故がんになったのか、病い（がん）は自分に何を伝えるために起きたのか、がんとは何であり、どうとらえるか、といった、がんという病い（がん）の意味の探索を指す。この概念は、【6. 病い（がん）の意味を探索したこと】のカテゴリーとした。

【13がんを治す考え方を選んだこと】は、治療中の「がんを治す」ための気持ちや考えのほか、再発や転移のリスクに対して「がんを再発・転移させない」ための気持ちや考え方も含む。【14自分に合った対処方法や治療法を選択したこと】は、痛みとの付き合い方、不安のコントロールなど、自分に合った対処方法の模索と発見、治療方法の決定などの要素を含む概念である。これらの概念は、【7. 対処方法を選択したこと】のカテゴリーに統合された。

これらの【4. がんの怖さと生きることを意識したこと】、【5. 自分と向き合ったこと】、【6. 病い（がん）の意味を探索したこと】、【7. 対処方法を選択したこと】の4つのカテゴリーは、いずれも個人の内側での感情体験、思考、感覚、選択などであるため、【II. 内的体験】の大カテゴリーに統合された。

【15他の患者やその家族とのコミュニケーション】は、がんになってから出会った患者や患者家族の言葉や態度、交流などを指す概念である。【16家族・友人・その他のコミュニケーション】は、家族、友人などの他、医師など医療従事者とのコミュニケーションも含めた概念として生成した。これらは、他者とのコミュニケーションによるものであることから、【8. 他者とのコミュニケーション】のカテゴリーに統合された。

【17情報を得たこと】は、書籍など、がんに関する資料から得た情報を指す概念である。【18補完代替医療を実践したこと】の概念は、生きがい療法や食事療法などの代替医療を実践したことがポジティブな変化に繋がったというデータから生成された。代替医療は、現代西洋医学以外の医療・医学の総称であり、その範囲はきわめて広く（蒲原，2002）、鍼灸や漢方のほか、サプリメント（健康補助食品）、アロマセラピー、ヨガ、指圧、マッサージ、さらには伝統医学、民間療法なども含まれる（瀬川，2008）。黒丸（2003）によると、代替医療という言葉は主にアメリカで、補完医療という名称はイギリスで使われており、1990年代に入ってから補完代替医療という名称が欧米各国で使われていることから、概念名に補完代替医療を用いた。【19信仰と出会ったこと】は、がんになった後に信仰と出会った

ことを指す。上記の3つの概念は、外部の情報を得て自分に活かした出来事であり、【9. 得た情報を活用したこと】のカテゴリーとした。

【8. 他者とのコミュニケーション】、【9. 得た情報を活用したこと】の2つのカテゴリーは、個人の外側にある他者や情報に基づくものであることから、カテゴリー名は、【III. 外的事象】とされた。

4. まとめ

闘病記を対象とした分析により、がん体験後のポジティブな変化に関連する出来事について、19の概念と9つのカテゴリー、3つの大カテゴリーが生成された。本研究は、闘病記からがん体験後のポジティブな変化に関する逐語の部分抽出したデータを対象としているが、変化の契機となることとして、闘病の過程における客観的な事実や、自分の内側と向き合ったこと、他者や情報といった自分の外側にあるものとの交流、などの側面が概念として示された。

【研究2】がん体験者の語りにみるがん体験後のポジティブな変化の契機

1. 目的

実際のがん体験者の語りを分析することにより、研究1で示された概念の検討を行う。

2. 方法

2.1. 対象

調査協力者は、がんの体験者で、調査時期に身体的・精神的に安定し、公共交通機関の利用も含めた日常生活を営める状態の成人を対象とした。調査協力者は、女性8名であり、年齢は、40代が1名、50代が5名、60代が2名（平均52.6歳）であった。がんの部位は、乳房が6名、子宮が2名であった。診断からの経過期間は、1年～1年半未満が2名、3年～3年半未満が1名、5年～10年未満が2名、10年以上が3名であった。がんによる手術の有無は、全員が手術経験者であった。調査協力者の一覧をTable 2に示す。

2.2. 調査方法

調査方法は、60分程度の半構造化面接を行った。最初の質問は、「がんの体験を通して、気づいたことや学んだこと、ご自分が変わった、と思うことがありましたらお聞かせください」とした。調査協力者の語りに応じて、気づきや学びの契機やプロセス、闘病の苦しさなどのように折り合ってきたか、その時何が支えになったか、についての質問を加え

た。

2.3. 倫理的配慮

本研究は、2009年7月に筑波大学大学院人間総合科学研究科研究倫理委員会による承認を得て、2009年11月に実施した。調査協力者には、事前に、研究目的、調査方法、プライバシーの守秘配慮、調査で得た情報の管理と廃棄について説明し、同意を得た。面接内容は、調査協力者の同意を得た上でICレコーダーに録音した。録音内容は逐語記録に文書化し、調査協力者本人が記録内容を確認の上、同意を得て使用した。

2.4. 分析方法

データは、2段階の方法で抽出した。まず、面接調査の逐語記録から、「がん体験後に具体的にどのようなポジティブな変化がもたらされているか」をリサーチクエスションとして、ポジティブな変化1つにつき1ユニットとして抽出した。次に、得られたデータユニット145（A氏22、B氏6、C氏17、D氏4、E氏27、F氏28、G氏24、H氏17）について、「何がポジティブな変化の契機となっているか」をリサーチクエスションとして抽出した。

分析は、調査協力者1名分の逐語記録から順に、闘病記に基づく分析で生成された概念とカテゴリーとの継続比較を行った。

妥当性への配慮として、分析は、心理研究および質的研究の経験が豊富な協力者と実施し、心理系大学院を修了し、相談業務に従事する研究協力者1名の助言を仰いだ。

3. 結果

3.1. 概念の検討と新たな概念の生成

概念の検討と新たな概念の生成過程は以下のとおりである。文中、データからの引用文は「 」、概念は[]、カテゴリーは【 】で示すものとする。

1) A氏（50代前半、乳がん）のデータ

新たな概念の要素として、「知識を活用したこと」が挙げられた。これは、A氏が、がんと診断される前に獲得していた知識を活用することにより、闘病中の心理的危機に対処したという要素であることから、研究1で生成された「自分に合った対処方法や治療法を選択したこと」の概念に統合した。

2) B氏（40代前半、乳がん）のデータ

B氏の語りには、看護師の言葉から引き起こされた感情体験により、自分の身体への愛着に気付いた、というものがあり、新たな要素として、「看護師の言葉」が挙げられた。医療従事者とのコミュニケーションは、闘病記に基づく分析においては、[家族・友人・その他とのコミュニケーション]に含まれていたため、[医療従事者とのコミュニケーション]を独立した概念として生成した。その他、「セカンドオピニオンの体験」という出来事が挙がり、[治療過程での出来事]の概念に統合された。

3) C氏（60代前半、乳がん）のデータ

新たな要素として「自発的に受診したこと」が挙げられた。身体の違和感に対し、納得がいくまで幾つもの医療機関を受診した結果、専門機関では1日でがんが発見され、迅速な治療対応を受けられたことがポジティブな変化に繋がった、という語りからなる。がん告知前の出来事であるため、[自発的に受診したこと]を新たな概念とした。

4) D氏（60代前半、子宮がん）のデータ

新たな要素は発見されなかった。

5) E氏（50代前半、子宮がん）のデータ

新たに「医師の言葉」というキーワードが挙げられ、これは、B氏のデータで生成された[医療従事者とのコミュニケーション]の概念に統合された。

6) F氏（50代前半、乳がん）のデータ

F氏の語りからもA氏と同様に「知識を活用した

Table 2
研究2 調査協力者一覧

	性別	年代	がんの部位	診断時からの経過期間	手術の有無	婚姻	就労の有無	データ数
A	女性	50代前半	乳房	1年～1年半未満	有	既婚	常勤	22
B	女性	40代前半	乳房	5年～10年未満	有	既婚	専業主婦	6
C	女性	60代前半	乳房	10年以上	有	既婚	常勤	17
D	女性	60代前半	子宮	10年以上	有	既婚	常勤	4
E	女性	50代前半	子宮	1年～1年半未満	有	未婚	常勤	27
F	女性	50代前半	乳房	10年以上	有	既婚	非常勤	28
G	女性	50代前半	乳房	5年～10年未満	有	既婚	常勤	24
H	女性	50代前半	乳房	3年～3年半未満	有	既婚	非常勤	17

145

こと」が挙げられ、研究1で生成された「自分に合った対処方法や治療法を選択したこと」の概念に統合した。新たな要素として、「本やインターネットの情報の活用」が挙げられ、「情報を得たこと」の概念に統合された。「情報」の概念は、本などのがんに関する資料の他、インターネットからの情報も含む概念とした。その他、新たに「医師の態度」が挙げられた。分析過程において、医療従事者の中でも、とりわけ医師の言葉や態度がポジティブな変化の重要な要因となることが示唆されたため、概念名は「医師など医療従事者とのコミュニケーション」に変更された。

7) G氏(50代前半, 乳がん)のデータ

G氏のデータからも、医師の言葉や態度が挙げられ、「医師など医療従事者とのコミュニケーション」が確認された。その他、新たな概念に繋がる要素は挙げられなかった。

8) H氏(50代前半, 乳がん)のデータ

H氏のデータからも、医師の言葉や態度が挙げられた。その他、新たな概念に繋がる要素は挙げられなかった。

3.2. カテゴリーへの統合

新たに生成された概念は、「自発的に受診したこと」と「医師など医療従事者とのコミュニケーション」であった。「自発的に受診したこと」は、身体の違和感からがんを疑い、早く見つけて治すという意志に基づく主体的な選択と行動であることから、研究1の【7. 対処方法を選択したこと】のカテゴリーに統合した。「医師など医療従事者とのコミュニケーション」は、【8. 他者とのコミュニケーション】のカテゴリーに統合された。闘病記に基づく分析で生成された「家族・友人・その他とのコミュニケーション」の概念は、構成要素から、「医師など医療従事者」を独立させたことから、概念名は、「家族・友人・知人とのコミュニケーション」に変更された。

この結果、がん体験後のポジティブな変化に関連する出来事は、21の概念と9つのカテゴリー、3つの大カテゴリーが確認された。概念とカテゴリーの一覧をTable 3に示す。

3.3. 概念の出現状況の分析

調査協力者ごとのデータから、各概念の出現状況を分析した。この結果、21の概念中、18の概念について、出現が確認された。調査協力者の概念出現状況をTable 4に示す。

Table 4を概観すると、最も多く確認された概念は、「自分と向き合ったこと」である。自分の内側と向き合うことを指す概念であり、全員に出現がみ

られている。次いで、「「がん患者」になったこと」が挙げられる。また、上記と並んで多い概念は、「他の患者やその家族とのコミュニケーション」であった。一方、該当が確認されなかった概念は、「再発・転移したこと」「補完代替医療を実践したこと」「信仰と出会ったこと」である。調査協力者の語りの中には、転移の事実や補完代替医療の実践が語られているものもあるが、ポジティブな変化との関連は明らかでなかった。また、カテゴリー【8. 他者とのコミュニケーション】の3つの概念は出現が多くみられ、データ数と該当数が共に少なかったB氏とD氏も、いずれか1つの概念は出現が確認されている。また、本研究で新たに生成された「医師など医療従事者とのコミュニケーション」は、「家族・友人・知人とのコミュニケーション」と同様の該当数であり、調査協力者の半数以上に認められた。

4. まとめ

闘病記に基づく分析結果について、がん体験者への面接調査に基づく分析により検討した結果、闘病記の分析により生成された19の概念中、17の概念について、面接調査において出現が確認された。さらに、2つの新たな概念が生成されたほか、闘病記に基づく分析に加えて、各概念の含む意味がより具体的に確認された。

III. 考察

本研究は、がん体験後のポジティブな変化に関連する要因に焦点をあて、がんの闘病記とがん体験者の面接調査に基づく分析を行った。2つの研究から生成された概念とカテゴリーは、がんの告知、治療過程や社会生活における変化などの客観的な事実に関すること、怖さや不安、自己を振り返り、意味を探究するといった個人の思考や感情、認知に関する内的なこと、他者との交流や情報の獲得と活用といった個人の外側にあるものを得て活かすこと、といった多様な側面を含んでいる。本研究で得られた結果について、先行研究の知見も踏まえ、以下の点から論じていく。先行研究の概念を「」、本研究の概念を「」、カテゴリーを「」で示す。

1. がんの苦悩の多様性

本研究では、がん体験者の語りからポジティブな変化の言説を抽出したデータでありながら、変化の契機としては、がん体験の様々な苦悩が挙げられていた。出来事の苦悩や困難が大きいほど、成長と関連する(Park et al., 1996; Tedeschi & Calhoun,

Table 3
がん体験後のポジティブな変化の契機 概念とカテゴリーの定義一覧

大 カテゴリー	カテゴリー	生成された概念	定義
I. 出来事	1. 告知を受けたこと がんであることや、再 発・転移について告知を 受けたこと	①がん告知を受けたこと	腫瘍が悪性であるなど、がんであることを告げら れたこと。
		②再発・転移したこと	再発や転移の事実。
	2. 治療過程での出来事 手術や抗がん剤治療、身 体像の変化、後遺障害、 回復など、治療過程での 客観的な出来事	③治療過程での出来事	告知以外の、手術や抗がん剤などの治療や、治療 に伴う身体像の変化、後遺障害などの客観的な出 来事。
		④がんから生還・回復し たこと	がんからの生還や回復の事実。
	3. 社会生活が変化した こと 概念の定義と同じ	⑤社会生活が変化したこ と	休職や退職など、それまで社会生活で担ってきた 役割の変更が、闘病により余儀なくされたこと。
	4. がんの怖さと生きる ことを意識したこと がんや死の恐怖を感じる ことで、生きることを意 識したこと	⑥闘病の過酷さに耐えた こと	身体的にも精神的にも苛酷な治療に耐えて闘病し た時間や体験。
		⑦がんの怖さを感じたこ と	がんから引き起こされた恐怖・危機・絶望・不 安・孤独・深い悲しみ、といった感情体験。
		⑧死の意識と生きること の切実さを実感したこ と	がんになったことで死を身近に感じ、切実に生き たいと思うこと。死を意識して生の価値を知り、 生の充実を志向すること。
		⑨再発・転移の不安があ ること	再発や転移の可能性を理解し、不安になること。
II. 内的体験	5. 自分と向き合ったこ と がんになったことを受け とめ、自分と向き合い、 自分自身や今後の生き方 を考えたこと	⑩“がん患者”になった こと	がんになったこと、がんを体験していること、が んを生きること、などの表現による、がんの体験 全体を指し、がんになったことを受けとめ、がん 患者というアイデンティティ獲得し、その苦悩と ともにがん向き合ったこと。
		⑪自分と向き合ったこと	がんになった自分や人生を振り返ること。何が 大事かを考えるなど、自分の内面と向き合ったこと。
	6. 病い（がん）の意味 を探究したこと 概念の定義と同じ	⑫病い（がん）の意味を 探究したこと	病いは自分に何を伝えるために起きたのか、がん とは何であるのか、といった、がんや病いの意味 を探究したこと。
	7. 対処方法を選択した こと 気持ちのコントロール や、対処方法の模索や選 択、主体的な行動を行っ たこと	⑬がんを治す考え方を選 んだこと	治療中の「がんを治す」ための気持ちや考えのほ か、治療後の再発や転移のリスクに対して、再 発・転移させないための気持ちや考えを持ったこ と。
		⑭自分に合った対処方法 や治療法を選択したこ と	痛みとの付き合い方、不安のコントロールなど、 自分に合った対処方法の発見や、治療方法の決定 などの自己選択や自己決定。
		⑮自発的に受診したこと	がんを早く見つけて治すという意志に基づく主体 的な選択と行動。
III. 外的事象	8. 他者とのコミュニ ケーション 他者の言葉や態度、交流	⑯他の患者やその家族と のコミュニケーション	がんになってから出会った患者や患者家族の言葉 や態度、交流など。
		⑰家族・友人・知人との コミュニケーション	家族、友人、知人の言葉や態度、交流など。
		⑱医師など医療従事者と のコミュニケーション	医師など医療従事者の態度や言葉、交流など。
	9. 得た情報を活用した こと がんになってから得た情 報を活用・実践したこと	⑲情報を得たこと	本、がんに関する資料、インターネットなどから 情報を得たこと。
		⑳補完代替医療を実践し たこと ㉑信仰と出会ったこと	気功や生きたい療法など、補完代替医療を実践し たこと。 がんになった後に信仰と出会ったこと。

1996)、苦悩との抗争を通して成長が現れる (Tedeschi & Calhoun, 2004)、PTG を報告した人は、ネガティブな状況もまた認めている (Tedeschi et al., 2007)、とされており、本研究の各概念には、これらの苦悩の多様性をみることができる。

1点目は、告知から闘病の過程で起きた出来事としての客観的事実の側面である。本研究の5つの概念から【1. 告知を受けたこと】【2. 治療過程での出来事】【3. 社会生活が変化したこと】の3つのカテゴリーが示された。

がんの告知は、田代・藤本・相澤・諸岡 (2013) によると、1990年代以降、がん専門病院を中心に原則告知へと方向転換が図られ、2000年代以降は、予後をも含む告知が広く行われるようになってきた。病名の告知や予後の告知、治療の選択を含めた経過のすべてについて、さらに終末期の医療の選択ま

で、自己決定を迫られることが当然である時代に移行しつつある (安達, 2008)。がんを告知されることは、個人にとって人生を揺るがす出来事であり、告知内容もさることながら、告知場面における医師の言葉や態度も印象に残る出来事として記憶される。そのほか、本研究では、このようながん告知に加え、身体への侵襲性の高い治療や身体の変化といった身体の苦痛とともに、社会生活上の変化が共に挙げられていた。人は社会の中で様々な役割を担っており、がんを患うことにより失うものもある。「社会的存在としての人」への視点に繋がる概念といえる。

2点目は、内的な葛藤や体験である。上記の具体的な事実としての出来事は、その出来事自体がポジティブな変化・成長に至るのではなく、出来事からの闘いの結果として現れる (Tedeschi & Calhoun,

Table 4
調査協力者の概念出現状況一覧

大 カテゴリー	カテゴリー	概念	A氏	B氏	C氏	D氏	E氏	F氏	G氏	H氏
I. 出来事	1. 告知を受けたこと	①がん告知を受けたこと						○		
		②再発・転移したこと								
	2. 治療過程での出来事	③治療過程での出来事	○	○	○			○		○
		④がんから生還・回復したこと			○					○
	3. 社会生活が変化したこと	⑤社会生活が変化したこと							○	○
II. 内的体験	4. がんの怖さと生きることを意識したこと	⑥闘病の過酷さに耐えたこと							○	
		⑦がんの怖さを感じたこと	○				○	○		
		⑧死の意識と生きることの切実さを実感したこと	○			○	○		○	
		⑨再発・転移の不安があること			○					
	5. 自分と向き合ったこと	⑩“がん患者”になったこと	○	○			○	○	○	○
		⑪自分と向き合ったこと	○	○	○	○	○	○	○	○
	6. 病い（がん）の意味を探究したこと	⑫病い（がん）の意味を探究したこと					○	○	○	
	7. 対処方法を選択したこと	⑬がんを治す考え方を選んだこと			○		○			
		⑭自分に合った対処方法や治療法を選択したこと	○					○		○
		⑮自発的に受診したこと			○					
III. 外的事象	8. 他者とのコミュニケーション	⑯他の患者やその家族とのコミュニケーション	○		○	○		○	○	○
		⑰家族・友人・知人とのコミュニケーション	○		○		○		○	○
		⑱医師など医療従事者とのコミュニケーション		○			○	○	○	○
	9. 得た情報を活用したこと	⑲情報を得たこと			○		○	○		○
		⑳補完代替医療を実践したこと								
		㉑信仰と出会ったこと								

1995)。その闘いが、大カテゴリー【Ⅱ. 内的体験】に示された10の概念である。苦しみに耐えること、がんの怖さや死の恐怖、再発の不安といった恐怖や不安との闘いがあり、その中で生きることがどれほど切実かを実感する。自分と向き合い、がんになった意味を探す。これらの、いくつもの苦しみの中でもがき、闘うことが、何かを見出すことに繋がっていくことが、本研究の概念からもうかがえる。

なかでも、本研究で特徴的である概念は、[⑩ “がん患者” になったこと] である。がんを体験していること、がんを生きていること、などの表現にみられる、がんの苦悩とともにがん向き合い生きる体験全体を意味している。Kübler-Ross (1969/1998) による死の受容プロセスにおいて、否認―怒り―取り引き―抑うつ―受容の段階が示されているが、がん患者になったことや自分に突き付けられた運命を受け容れることは、容易なことではない。それは、死を意識するほど深刻な状態である場合だけではない。Kleinman (1988/1996) は、「病いの文化的意味は、患うことに対して特徴的な倫理的ないし精神的な苦悩の形式を与える」と表現している。それは、調査協力者の、「自分は人生に負けたんだ。」(C氏)、「肉体的に不良品、って烙印を押されたような感じがするんですよ。それはなかなかとけないですね。」(F氏) という語りに象徴される、がんの社会的な苦悩の側面である。

受容の過程において、がんと告げられた人は、自分ががんになったことを認めたくない思いから、なぜがんになったのか、この病気は自分の人生にとってどのような意味があるのか、自分の中で原因や理由を探す。Taylor (1983) は、大半の人はがんになった本当の原因がわからないにもかかわらず、それでもなお、がんになった意味を理解しようと試みる、としている。そして、何が真実であるかよりもむしろ、自分なりの意味づけや帰属を探すことが目的なのである、と論じている。「意味の探求」(Taylor, 1983)、トラウマの意味を承認することは、その悪影響から感情の苦痛を軽減させ、新しい人生観に導き、人生を根本から変える (Tedeschi & Calhoun, 1996) といった、人生の危機における「意味」の探求は、認知的適応がポジティブな変化・成長に繋がる重要な概念として、近年、関心が寄せられており、がん患者を対象とした研究は国内でも報告されている (片平, 1995; 雲・太湯, 2002)。Antonovsky (1987/2001) も、SOCの3つの構成要素のなかで、人が人生の意味があると感じている程度の動機づけの要素である「有意味感」は、最も重要である、としている。

そのほか、カテゴリー【7. 対処方法を選択したこと】の3つの概念は、自分の思考や感情のコントロールや、自発的な行動選択・意思決定といった要素を含む。これは Taylor (1983) における、がん支配された状態から自分で管理する状態の獲得である「統制感の獲得」であり、Antonovsky (1987/2001) のSOCにおいては、置かれた状況に対して、内外の資源を用いて対処できる、という「処理可能感」に繋がるものと言える。

2. 外部資源を動員すること

カテゴリー【8. 他者とのコミュニケーション】[9. 得た情報を活用したこと] は、外部の資源から自分に必要なものを取り込み、活用したものである。Antonovsky (1987/2001) は、人生のあらゆる場面に偏在しているストレッサーに対応できる資源 (経済力や社会的支援、社会の文化など) を「汎抵抗資源 (generalized resistance resources; 以下 GRRs)」とした。GRRs は、「世の中にあまねく存在しているストレッサーの回避、あるいは処理において役立つもの」と定義されており、身体・生物学的、物質的、認知・感情的、評価・態度的、関係的、社会文化的な GRRs に整理されている (山崎・戸ヶ里・坂野, 2008)。そして、これらを動員する個人の要因がSOCとされている。本研究のカテゴリー【8. 他者とのコミュニケーション】は Antonovsky (1987/2001) においては、「関係的 GRRs」にあたる。

本研究で生成された概念 [⑩他の患者やその家族とのコミュニケーション] は、ソーシャルサポートと観察対象としての他の患者・他の家族の側面を含んでいる。Tedeschi & Calhoun (2004) は、同じ体験者によるサポートは苦難の状況に対応するスキルを伝授してくれるために貴重である、としている。また、Taylor (1983) は、がん患者による他の患者との社会的比較を挙げ、社会的比較において自己を高め、自尊感情を回復させるとしている。がん体験者への面接調査においても、Taylor (1983) の指摘に該当すると考えられる語りが見られた。例えば、「私より若い人が、こんなに腕が腫れていた人がいたんですね。それを見たら、私のこれなんてまだいい方だって思いました」(C氏) などである。

感情表出とソーシャルサポートは、PTGの「新たな可能性」や「他者との関係性」と相関すること (Morris et al., 2007) などが示唆されている。本研究では、他の患者・他の家族のほか、[家族・友人・知人とのコミュニケーション] や [医師など医療従事者とのコミュニケーション] が概念化されている。なかでも、がん体験者の面接調査において、医

師とのコミュニケーションが後のポジティブな変化に影響することが表現されており、診療場面における医師—患者間のコミュニケーションの大切さをうかがわせるものであった。

【9. 得た情報を活用したこと】の3つの概念は、Antonovsky (1987/2001) における「社会文化的GRRs」に該当すると考えられる。[②信仰と出会ったこと]の概念について、SRGやPTGの先行研究から、宗教や信仰とそれに基づくコーピングは、成長と強く関連している (Park et al., 1996, 2004; Tedeschi & Calhoun, 1996, 2004) ことが示唆されており、今後、国内外の社会文化的差異を考慮した検証が必要であると考ええる。

IV. まとめと今後の課題

苦悩について、北西 (2003) は、死と生、喪失と再生のダイナミズムを論じる中で、「われわれは生物的、心理的、社会的、そして実存的な存在として悩む。」と表現している。がんになることは、社会の中で、個人の同一性を揺るがし、変容させる程の影響をもつ。がん体験後のポジティブな変化に目を向けるとき、それが個人の身体的・心理的・社会的な苦悩の深さや多様さから生まれていることに十分留意する必要がある。本研究の、闘病記や面接調査にみるがん体験者の語りは、自分と向き合うことや他者との相互作用など、人が逆境から様々な内的・外的資源を動員して自らを立て直す、あるいは変化させていく力や強さについて考察する術を得られたものであった。

今後の課題としては、以下の4点が挙げられる。1点目は、がん体験後のポジティブな変化、および、変化の契機となる要因の2つの側面の概念に基づき、出来事から変化へのプロセスモデルを示すことである。2点目は、面接調査に協力を頂いたがんの体験者は全員女性であるため、今後、男性を対象とした調査を行い、男女による差異を確認することである。3点目は、本研究で得られた概念について、量的研究による検証を行うことである。4点目は、本研究の結果をもとに、がん体験者に特有な変化について、他の病いの体験との比較を行い、共通点と差異点を明らかにしていくことである。

謝 辞

面接調査ならびに分析にご協力頂いた方々に深く感謝申し上げます。

文 献

- 安達富美子 (2008). がん告知に対する態度から考察した日本人の死生観 平山正実 (編著) 死別の悲しみに寄り添う 臨床死生学研究叢書 1 聖学院大学出版会 pp.43-72.
- Antoni, M. H., Lehman, J. M., Kilbourn, K. M., Boyers, A. E., Culver, J. L., Alferi, S. M., Yount, S. E., McGregor, B. A., Arena, P. L., Harris, S. D., Price, A. A., & Carver, C. S. (2001). Cognitive-behavioral stress management intervention decreases the prevalence of depression and enhances benefit finding among women under treatment for early-stage breast cancer. *Health Psychology*, 20, 20-32.
- Antonovsky, A. (1987) Unraveling the mystery of health: How people manage stress and stay well. Jossey-Bass Publishers. (アントノフスキー, A. 山崎喜比古・吉井清子 (監訳) (2001). 健康の謎を解く—ストレス対処と健康保持のメカニズム 有信堂高文社)
- Aspinwall, L. G., & Tedeschi, R. G. (2010). The value of positive psychology for health psychology: Progress and pitfalls in examining the relation of positive phenomena to health. *Annals of Behavioral Medicine*, 39, 4-15.
- Carver, C. S., & Antoni, M. H. (2004). Finding benefit in breast cancer during the year after diagnosis predicts. Better adjustment 5 to 8 years after diagnosis. *Health Psychology*, 23, 595-598.
- Collins, R., Taylor, S., & Skokan, L. (1990). A better world or a shattered vision? Changes in life perspectives following victimization. *Social Cognition*, 8, 263-285.
- Cordova, M. J., Cunningham, L. L., Carlson, C. R., & Andrykowski, M. A. (2001). Posttraumatic growth following breast cancer: A controlled comparison study. *Health Psychology*, 20, 176.
- 蒲原聖可 (2002). 代替医療 中公新書
- 片平好重 (1995). がん患者が病気の意味を見出していくプロセスに関する研究. 死の臨床, 18, 41-47.
- Katz, R. C., Flasher, L., Cacciapaglia, H., & Nelson, S. (2001). The psychosocial impact of cancer and lupus: A cross-validated study that extends the generality of "benefit-finding" in patients with chronic disease. *Journal of Behavioral*

- Medicine*, **24**, 561-571.
- 北西憲二 (2003). 回復の人間学—喪失と生成のダイナミズムから 社会福祉, **44**, 37-53.
- Kleinman, A. (1988). The illness narratives: suffering, healing, and the human condition. basic books. / 江口重幸・五木田紳・上野豪志 (訳) (1996). 病いの語り—慢性の病いをめぐる臨床人類学 誠信書房
- Kübler-Ross, E. (1969). *On Death and Dying*. New York: Macmillan Company. (キューブラー・ロス, E. 鈴木晶 (訳) (1998). 死ぬ瞬間—死とその過程について [完全新訳改訂版] 読売新聞社)
- 雲かおり・太湯好子 (2002). 肝臓がん患者の苦難の体験とその意味づけに関する研究 川崎医療福祉学会誌, **12**, 91-101.
- 黒丸尊治 (2003). ホリスティック医学 日本保健医療行動科学会年報, **18**, 208-212.
- Matsuda, A., Matsuda, T., Shibata, A., Katanoda, K., Sobue, T., Nishimoto, H., & The Japan Cancer Surveillance Research Group (2013). Cancer incidence and incidence rates in Japan in 2008: A study of 25 population-based cancer registries for the monitoring of cancer incidence in Japan (MCJJ) project. *Japanese Journal of Clinical Oncology*, **44**, 388-396.
- Morris, B. A., Shakespeare-Finch, J., & Scott, J. L. (2007). Coping processes and dimensions of posttraumatic growth. *Australasian journal of disaster and trauma studies*, **2007**, 1-10.
- Park, C. L., Cohen, L. H., & Murch, R. (1996). Assessment and prediction of stress-related growth. *Journal of personality*, **64**, 71-105.
- Park, C. L., & Fenster, J. R. (2004). Stress-related growth: Predictors of occurrence and correlates with psychological adjustment. *Journal of Social and Clinical Psychology*, **23**, 195-215.
- Schaefer, J.A., & Moos, R.H. (1992). Life crises and personal growth. In B.N. Carpenter (Ed.), *Personal coping: theory, research, and application*, Praeger Publishers. pp.149-170.
- 瀬川至朗 (2008). 現代用語の基礎知識2008 自由国民社
- 田代志門・藤本穰彦・相澤出・諸岡了介 (2013). 病院勤務医のがん患者への予後告知の現状—在宅緩和ケア遺族調査から—, 緩和ケア, **23**, 411-415
- Taylor, S. E. (1983). Adjustment to threatening events: A theory of cognitive adaptation. *American Psychologist*, **38**, 1161-1173.
- Tedeschi, R. G., & Calhoun, L. G. (1995). *Trauma & transformation: Growing in the aftermath of suffering posttraumatic growth: Positive Changes in the Aftermath of Crisis*, SADE Publications.
- Tedeschi, R. G., & Calhoun, L. G. (1996). The posttraumatic growth inventory: Measuring the positive legacy of trauma. *Journal of Traumatic Stress*, **9**, 455-471.
- Tedeschi, R. G., & Calhoun, L. G. (2004). Target article: Posttraumatic growth: Conceptual foundations and empirical evidence. *Psychological Inquiry*, **15**, 1-18.
- Tedeschi, R. G., Calhoun, L. G., & Cann, A. (2007). Evaluating resource gain: Understanding and misunderstanding posttraumatic growth. *Applied Psychology: An International Review*, **56**, 396-406.
- Tennen, H., & Affleck, G. (2002). Benefit-finding and benefit reminding. In C. R. Synder & S. J. Lopez (Eds.), *Handbook of Positive Psychology*, London; Oxford University Press. pp.584-597.
- 佃志津子・大川一郎 (2013). 闘病記にみるがん体験後のポジティブな変化. 臨床心理学, **13**, 839-848.
- Urcuyo, K. R., Boyers, A. E., Carver, C. S., & Antoni, M. H. (2005) Finding benefit in breast cancer: Relation with personality, coping, and concurrent well-being. *Psychology and Health*, **20**, 175-192.
- 山崎喜比古・坂野純子・戸ヶ里泰典 (2008). ストレス対処能力 SOC 有信堂高文社
(受稿10月30日：受理11月13日)